

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

ESCUELA DE POSTGRADO



**CONFLICTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA RELACIÓN ENTRE LOS
MÉDICOS Y LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA**

Autor: RICARDO ALBERTO PONCE LINARES

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER
EN BIOÉTICA Y BIOJURÍDICA**

Chiclayo, Perú

2013

**CONFLICTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA RELACIÓN ENTRE LOS
MÉDICOS Y LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA**

POR

RICARDO ALBERTO PONCE LINARES

**Presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado Académico de**

MAGÍSTER EN BIOÉTICA Y BIOJURÍDICA

APROBADO POR

Dra. Patricia Campos Olazabal

Presidenta de Jurado

Mgtr. Lisset Rodríguez Cruz

Secretaria de Jurado

Mgtr. Antero Yacarini Martínez

Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2013

**A MI ESPOSA E HIJOS,
GRACIAS POR SER INSPIRACIÓN DE CADA DIA**

**A MIS PADRES,
MIS PRIMEROS MAESTROS DE ÉTICA Y MORAL**

INDICE

Resumen	V
Abstract	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	10
CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO	18
1.- Tipo de investigación y abordaje metodológico	18
2.- Escenario y sujetos de la investigación	19
3.- Instrumentos de recolección de datos	20
4.- Procedimientos	20
5.- Análisis de los datos	21
6.- Criterios éticos	22
7.- Criterios de rigor científico	23
CAPÍTULO III ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	24
1.- CONFLICTOS ÉTICOS	24
1.1 Análisis científico: Exposición del hecho	24
1.2 Análisis antropológico: Los valores en juego	35
1.3 Análisis ético: Juicio para la guía de la práctica operativa	37

2.- CONFLICTOS LEGALES	43
2.1 Ordenamiento Jurídico	43
2.2 Códigos de ética y Deontología	51
2.3 Autorregulación de la industria farmacéutica	53
CONSIDERACIONES FINALES	55
PROPUESTA DE CONDUCTA ÉTICA	56
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	69

RESUMEN

El debate bioético actual señala los problemas que se originan en las estrechas relaciones establecidas entre la industria farmacéutica y los profesionales médicos, por ello resulta de necesidad indagar cuáles son los conflictos éticos y legales en esta interrelación. La presente investigación de tipo cualitativa documentaria describe la situación actual, los conflictos y las formas de tratamiento existentes en la relación diaria entre los médicos y la industria farmacéutica. Bajo la metodología de análisis triangular de Sgreccia se analizan las diversas formas de interacción de dicha relación que pueden percibirse como transgresiones a las normas éticas y morales en pro de la obtención de beneficios y se señalan los principales lineamientos del derecho al respecto. El conflicto ético y/o legal en la relación del médico con la industria farmacéutica se produce cuando se pasa por alto que el fin supremo del acto médico es la persona humana solicitante de atención médica. Cuando la aplicación práctica de los conocimientos y la tecnología disponible es llevada a cabo anteponiendo intereses secundarios u obligaciones reales o sentidas, producto de la relación con la industria farmacéutica, entonces se instrumentaliza al paciente y se le convierte en un medio para lograr un fin subalterno que no se condice con la esencia de la profesión médica. El trabajo concluye con la elaboración de una propuesta de conducta ética en la relación médico-industria.

Palabras clave: Bioética, industria farmacéutica, conflictos de interés, profesión médica.

ABSTRACT

The current bioethical debate, point out problems that arise from the close relations established between the pharmaceutical industry and medical professionals. Necessary analysis and reflection on this important source of conflicts is required. We need to inquire: What are the conflicts of ethical and legal in the relationship between physicians and the pharmaceutical industry? The present research qualitative and documentary type describes the current situation, conflicts and the existing forms of treatment in the daily relationship between physicians and the pharmaceutical industry. Under the triangular analysis methodology we discussed the different forms of interaction of the relationship that can be perceived as transgressions to the ethical and moral standards. The ethical or legal conflict in the relationship of the doctors with the pharmaceutical industry occurs when we overlooked that the Supreme goal of the medical act is the human person, who is sick, is suffering and looking for medical attention, when the practical application of knowledge and the available technology is carried out by secondary interests or obligations real or heartfelt. Then the patient is considered a media not an end, this is not agreed with the essence of the medical profession. We develop a proposal for ethical conduct in the relationship.

Keywords: Bioethics, pharmaceutical industry, conflict of interest, medical profession.

INTRODUCCIÓN

La Bioética como ciencia tiene hoy en día una posición cada vez más relevante, ya ha trascendido el debate académico y es de interesante actualidad para un sector creciente de la sociedad. El aborto, la fecundación *in vitro*, la eutanasia, la clonación humana o la investigación con células madre embrionarias son habitualmente temas presentes en los medios de comunicación y también en la comunidad universitaria y científica, sin embargo, aunque a los médicos nos afectan estos temas como a todo ciudadano, el ejercicio de la profesión conlleva a menudo otros problemas éticos no tan explorados.

Algunos de estos problemas se originan en las estrechas relaciones establecidas entre la industria farmacéutica y los profesionales médicos, de manera individual o societaria, haciendo cada día más necesario el análisis y la reflexión acerca de las tensiones generadas por los intereses y obligaciones inherentes a cada uno de ellos, los cuales son fuente importante de conflictos éticos en tres dimensiones: la investigación, la educación médica continua y la prescripción de medicamentos.

La industria farmacéutica tiene como finalidad generar productos que mejoren y prolonguen la vida humana, a través de la innovación e investigación para la producción de nuevas moléculas; sin embargo, debe también rendir utilidades a quienes han invertido sus recursos financieros en la investigación y producción de estos productos. Para recuperar esta inversión destinan casi el 39% de su presupuesto en actividades de mercadeo, lo cual necesariamente tiene directa repercusión en su ulterior precio (1).

De otro lado, los médicos tienen deberes de promoción de actividades y estilos de vida saludables, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de sus pacientes, este obrar de los profesionales de la salud debe regirse por principios éticos que salvaguarden la dignidad y el bienestar de la persona atendida, balanceando en cada una de las acciones los riesgos y los beneficios, procurando el trato equitativo y el uso racional de los recursos de salud.

En este contexto uno de los temas que genera mucha discusión es la relación que se establece entre los médicos y la industria farmacéutica. La interrelación que existe entre estos dos lados de la ecuación de la atención de los pacientes está bajo constante escrutinio, mostrándose marcado escepticismo con las intenciones de la industria y preocupación por la vulnerabilidad de los médicos. Los argumentos varían desde quienes sustentan la casi indispensable participación de la industria en el avance científico y de quienes reclaman cortar todo lazo con la industria (2). Entre estos dos modos de ver se debe encontrar un punto en el cual el ejercicio de la medicina sea una actividad segura y efectiva, donde los médicos no sean víctimas de las campañas de mercado de la industria farmacéutica (3) ni blanco de ofensivas sugerencias de que no se puede mantener una relación ética con la ella (4,5).

Se ha analizado las percepciones de los médicos sobre las relaciones que se establecen con los laboratorios farmacéuticos (6,7,8) y los problemas que se plantean en esta relación, por lo tanto, resulta interesante indagar cuáles son los conflictos éticos y legales en la relación entre los médicos y la industria farmacéutica.

Siendo nuestro objetivo general el determinar cuáles son los conflictos éticos y legales en la relación entre los médicos y la industria farmacéutica buscaremos además:

- Identificar y analizar la presencia de conflictos y/o conductas éticamente incorrectas o ilegales entre los médicos, promovidos por su relación con la industria farmacéutica.
- Identificar y analizar los marcos éticos y legales establecidos en los códigos de Ética y deontología Médica y la legislación en referencia a la relación del médico con la industria farmacéutica.
- Presentar una propuesta de conducta ética en la relación del médico con la industria farmacéutica.

El presente trabajo se justifica por la necesidad de describir y difundir la situación actual, los conflictos y las formas de tratamiento existentes en la relación diaria entre los médicos y la industria farmacéutica. Exponer las diversas formas de interacción de dicha relación que pueden percibirse como transgresiones a las normas éticas y morales en pro de la obtención de mutuos beneficios.

Deseamos con este trabajo contribuir al conocimiento y esclarecimiento de esta relación, establecer sus ventajas y desventajas, peligros y oportunidades; analizando los conflictos éticos potenciales y presentes, proponiendo alternativas constructivas a fin de que la relación existente sea conducida dentro de lineamientos de acción que tengan como eje el respeto a los valores fundamentales de la persona humana y el respeto a su dignidad.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En la investigación *La ética en la relación con la industria farmacéutica* (9) del Grup d'Ética. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitari se plantea como objetivo conocer la opinión de los miembros de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria sobre la aceptación de ofertas de la industria farmacéutica y su influencia en la prescripción. En un estudio transversal de metodología triangular, cuantitativa-cualitativa, emplazado en Cataluña en junio del 2002, se aplicó un cuestionario estandarizado a médicos de familia, miembros de la Sociedad Catalana. Se obtuvieron los siguientes resultados: las ofertas que un porcentaje más elevado de encuestados considera ético aceptar son: el material publicitario (82,5%), las muestras gratuitas (78,1%) y el pago de actividades formativas (74,3%). Es considerada menos ética la aceptación de compensación económica directa (2,2%), la invitación a un viaje

(20,6%) y a una cena (40,1%). Más del 50% considera que aceptar estas ofertas no influye en la prescripción y solo un 38,3% cree que la compensación económica por prescribir un determinado medicamento sí influye. Se consideran aceptables las ofertas de la industria que benefician a la profesionalidad, al centro y a los pacientes, pero no las que representan un beneficio puramente personal. Aceptan la participación de la industria en la formación, aunque les gustaría que las cosas fueran diferentes. Algunos señalan estrategias para evitar la influencia de las ofertas en la prescripción. Se concluye en el estudio que aunque el porcentaje de encuestados que considera que los regalos de la industria influyen en la prescripción es bajo, la evidencia demuestra lo contrario. Llama la atención que algunos profesionales consideran éticas formas de relación de dudosa legalidad. La necesidad de abrir un debate sobre el tema es una demanda de los informantes.

El estudio de Gómez Córdova, Latorre Santos y Nel Carreño, titulado *Dilemas éticos en las relaciones de la industria farmacéutica y los profesionales de la salud* (10) expone reflexiones acerca de las tensiones que se presentan en la relación entre médicos e industria farmacéutica, generadas en los intereses y obligaciones inherentes a cada uno de ellos, tal relación es fuente importante de dilemas éticos en tres dimensiones: la prescripción de medicamentos, la educación médica y la investigación. El estudio se fundamentó en la revisión de diferentes fuentes, posiciones y reflexiones de los autores, se partió de una premisa de que es posible y necesaria una relación ética entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud, la cual implica un continuo análisis de los riesgos y beneficios que esta genera. Entre las conclusiones, consideraron que los regalos, subsidios y atenciones otorgadas por la industria no deben ser aceptados por el médico cuando dicho acto pueda hacer pensar a los demás que influye en la objetividad del juicio médico, proponiendo la autorregulación como alternativa de acción constructiva.

El artículo *Ética de la Prescripción* de Moya Bernal Antonio (11), detalla que la prescripción de un medicamento es un acto de responsabilidad que compromete no solo al médico, sino a la Administración, la industria farmacéutica y los pacientes. En este artículo el autor propone un marco ético general, con los principios que deben respetarse para lograr una buena prescripción. Además, se incita a los médicos a reflexionar sobre sus hábitos y actitudes en este tema, tomando como punto de partida los compromisos propuestos por el profesionalismo médico que se centran en la relación entre el médico y el resto de los agentes implicados en la prescripción, donde la Bioética les pueda ayudar a revisar sus hábitos y rutinas allanando los cambios que precisen, a darle soluciones a los problemas éticos y a los conflictos de lealtades que encuentren y a generar una cultura de diálogo y deliberación entre todos los agentes implicados en la prescripción que facilite el establecimiento entre ellos relaciones basadas en la confianza y la transparencia.

La Rosa Rodríguez Emilio en su estudio titulado, *Los conflictos de intereses* (12), revisa el concepto de conflicto de intereses con la industria y el modo como este conflicto afecta el trabajo de los profesionales de la salud. Examinó los conflictos de intereses de carácter colectivo, los conflictos en la investigación, en las publicaciones, en la redacción de guías de buenas prácticas médica y, de modo cada vez más evidente, en las relaciones de las asociaciones de pacientes con la industria.

El ensayo *Los médicos y la industria farmacéutica. Una relación de vulnerabilidad vista desde la Bioética*, de Gutiérrez Ángela y Mora Edith (13), argumenta como la prescripción farmacológica en la práctica clínica del quehacer diario exige enfrentar una serie de influencias y responsabilidades, ya que cada decisión recae sobre un ser humano, el paciente, quien recibirá el medicamento y en lo posible sus beneficios. Señalan además que hoy en día existe una gran presión comercial para indicar uno u otro producto, lo cual genera un conflicto de intereses cuando el juicio profesional en relación con su interés primario se ve

influenciado indebidamente por un interés secundario como puede ser un beneficio económico o un afán de notoriedad.

CONCEPTUALIZACIÓN

Desde una percepción Bioética, en el actuar de los agentes sanitarios debe primar el obrar bien, el evitar hacer daño, valorar las consecuencias y procurar lograr lo mejor para la mayoría de las personas involucradas en el acto médico, en el marco de unas reglas morales (1,10). Bajo este contexto, la relación responsable y transparente de los profesionales de la salud y la industria farmacéutica es, sin lugar a dudas, necesaria para el bienestar de los pacientes, la viabilidad de los sistemas de salud públicos y privados así como para el desarrollo de la educación médica continua.

Como toda actividad humana, la actitud de los integrantes del sector salud se encuentra sometida a una serie de tensiones que pueden generar conflictos de índole ético, los cuales deben ser advertidos, analizados y solucionados para el beneficio de todos los actores involucrados (6).

El conflicto ético ocurre cuando una persona, grupo o sociedad muestra incertidumbre sobre qué hacer cuando se enfrentan elecciones morales entonces los conflictos y problemas éticos ocurren en o entre culturas y están usualmente precipitadas por valores culturales o subculturales en oposición (14). Se tienen entonces que hacer elecciones entre quebrar o permanecer en los principios morales, siendo que ninguna de las dos elecciones deja al sujeto satisfecho

El análisis de algunos de estos conflictos éticos en su relación con los principios que rigen el acto médico, los riesgos asociados y las alternativas de solución para garantizar una relación entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud caracterizada por el autocontrol debe ser objeto de la investigación bioética (3,10).

Hoy en día, en casi todo el mundo, la mayoría de los médicos reciben y aceptan muestras de productos farmacéuticos, pequeños obsequios de promoción, comúnmente reciben invitaciones a cenas y/o agasajos en los ambientes de trabajo o durante actividades académicas de los servicios (15). De otro lado, y según la especialidad, (16) difieren en su forma de interacción con la industria, así, algunos médicos obtienen pagos por brindar conferencias auspiciadas por los laboratorios en tanto que otros reciben financiamiento directo o reembolsos de los costos de las actividades de educación médica incluyendo hospedaje, alimentación e inclusive actividades recreacionales durante los eventos.

Estas actitudes de mercadeo de la industria y su aceptación por los médicos generan por si mismos cuestionamientos. Es pues necesario saber, si las estrategias de mercadeo influyen de manera positiva o negativa en las decisiones de los médicos. Debemos conocer si generan conflictos éticos en las actividades diarias, especialmente durante la prescripción de medicamentos, acaso estableciendo una relación de dependencia o contraprestación por el auspicio recibido para actividades académicas o lúdicas.

Se han planteado respuestas tentativas y estudios diversos (6,7,17), pero también intentos de regular las prácticas de la industria y su relación con el médico y los servicios de salud, tanto desde las propias sociedades médicas (18) como desde los entes legislativos de cada país.

El impacto de las técnicas de mercadeo en el conocimiento y las prácticas de prescripción de los médicos tiene que ver con las carencias de la formación de pre y postgrado (19,20) y la deficiente política de educación continua de los sistemas de salud, los cuales crean la oportunidad para la participación de la industria en la difusión de conocimiento y en el entrenamiento de las nuevas generaciones médicas.

En el Perú, como en otros países no desarrollados, el autofinanciamiento de la educación médica es sumamente difícil para la

mayoría de los médicos y otros profesionales de la salud, puesto que no solo implica pagar el costo de la actividad académica, sino también dejar de trabajar y de percibir una remuneración por los días empleados en capacitación, ya que los sistemas de salud tienen marcos y políticas institucionales sentidas como poco amigables para la capacitación por su personal médico, ante ello, se presenta el acceso a la capacitación deseada, de la mano del representante farmacéutico.

Otro aspecto no muy explorado de esta relación es la percepción del paciente, de cuál es la influencia que ejerce la industria farmacéutica en su médico, en los sistemas de salud y si esto afecta la confiabilidad en ambos (21).

Así tenemos que, imperceptiblemente, cada vez que un médico realiza una prestación, se activan un conjunto de procesos que conciernen a terceras personas e instituciones, que no están presentes en ese acto, pero sí están muy interesadas en él y aun más, de él depende su existencia misma (22,23). Desde la solicitud de la atención médica hasta expendio de los medicamentos o la realización de exámenes auxiliares se activa una gran cadena de personas, intereses y dinero. La salud mueve mucho dinero y son varias las personas que de ella dependen, inmersos en la cultura del comercio todos se esmeran por obtener la mayor ganancia posible y lograr cada día mayores cifras. Justamente ahí se asoma el peligro: caer en la búsqueda del único y propio beneficio; y ser atrapado en la seducción del mercado y sus técnicas; el médico puede llegar a postergar el central interés que debe tener su accionar: brindar siempre la mejor atención de salud al paciente, lo que incluye ofrecer siempre las mejores alternativas disponibles.

Este peligro no solo recae en los médicos como individuos, se cierne también sobre sus actividades académicas y sociales, frecuentemente auspiciadas por la industria, (10,24,25) por ello no debemos olvidar que los objetivos, motivaciones y principios de los médicos y la industria farmacéutica son diferentes. Es por ello que toda forma de colaboración de

parte de la industria debe ser canalizada de forma clara, pública, universal, abierta y transparente, de tal manera que no permita la generación de conflictos de interés. Pero el problema no radica exclusivamente en las estrategias de los proveedores médicos, sino en el comportamiento de los médicos frente a este fenómeno (24, 26,27). Son ellos mismos quienes tienen que seguir normas básicas y pautas de conducta reflejados en la total autonomía, independencia y transparencia del acto médico, garantizando el sano desarrollo de la profesión, de la generación y difusión del conocimiento científico y de una adecuada relación con los pacientes (28)

El acto médico debe seguir necesariamente principios bioéticos de beneficencia en la formulación del plan terapéutico para el paciente, respetar la autonomía del mismo sobre la base de una adecuada información, no ser maleficente en cuanto no someta a riesgos innecesarios, siendo justo en ofrecer recursos de diagnóstico y/o tratamiento con criterios de costo-beneficio que equilibren las necesidades con los medios disponibles; todo ello implica tomar como punto de referencia a la persona humana en su totalidad, en sus valores, en su esencia y dignidad ontológica, que la define como fin, mas no como medio.

Definitivamente la interacción del médico con la industria farmacéutica, es un elemento de gravitante peso, pues los incentivos, regalos, promociones o auspicios de capacitación no deben ser bajo ningún contexto un elemento de juicio en la valoración del proceso de atención al paciente; ni tampoco la industria debe valerse de su posición de dominio respecto de la información científica para condicionar el acceso a ésta, a determinadas prácticas por parte de los médicos.

Sumados a éstos conflictos éticos, también pueden emerger conflictos legales sobre la entrega o receptación de incentivos, primas u obsequios por la promoción o dispensación de productos farmacéuticos, así como la participación en la promoción y/o prescripción de medicamentos. Por ello el ordenamiento legal en varios países reglamenta

las conductas respecto de la información, promoción, publicidad y de las actividades formativas y de regalos de la industria farmacéutica con la finalidad de evitar que la relación entre la industria y los médicos afecte la objetividad del juicio clínico, alterando o guiando tendenciosamente la prescripción (29-33).

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo de investigación y abordaje metodológico

La presente es una investigación cualitativa- documental, la misma que permite obtener documentos nuevos en los que es posible describir, explicar, analizar, comparar, criticar, un tema o asunto mediante el análisis de fuentes de información, (34-36).

2. Escenario de investigación

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

3. Sujetos de la investigación

La investigación se basa en la revisión documentaria sobre el tema disponible en:

a.- Biblioteca virtual de Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: Bases de datos disponibles a través del campus virtual USAT.: Science direct, Hinari, Pro-quest, e-books.

b.- Portal de la Seguridad Social del Perú (Essalud). Bases disponibles: EBSCO HOST, Biblioteca virtual de salud (bvs), Scielo

(Scientific electronic Library Online), Infomed (portal de la red de salud de Cuba), Health EU (portal de salud Publica de la unión Europea) y US National Library of medicine.

c.- Sindicato Médico de la Seguridad Social (Sinamsoop): Base disponible: Hinari.

d.- De acuerdo a la necesidad de la obtención de documentos también se ha utilizado al buscador libre Google.

De las bases mencionadas se revisaron en relación al tema de investigación:

1.- Artículos originales

2.- Web sites especializados

3.- Abstracts

4.- Artículos periodísticos

3. Instrumentos de recolección de los datos

La información referente al tema obtenida fue organizada en fichas bibliográficas siguiendo la metodología APA con el propósito de obtener información, válida y confiable, para su posterior procesamiento y análisis.

4. Procedimiento: Se siguió el procedimiento detallado a continuación para recolección de datos y su análisis posterior (34,37).
Anexo 1

1. Elección del tema: Delimitamos el problema a investigar: Los conflictos éticos y legales en la relación entre los médicos y la industria farmacéutica.

2. Se realizó una primera búsqueda y acopio de bibliografía sobre el tema disponible en Biblioteca Virtual USAT y las bases de datos ya señaladas.
3. Elaboración de fichas bibliográficas siguiendo la metodología APA, (38) a fin de organizar el primer grupo de información (Anexo 2).
4. Lectura del material: Realizada con la finalidad de obtener las principales ideas, conocer la calidad del material recabado y determinar cuáles serían de mayor utilidad para el trabajo a realizar.
5. Delimitación del tema: Después de la primera lectura se delimitó el tema definiendo su dimensión y alcance, su aspecto formal y su complejidad. Se señaló en cada ficha bibliográfica el aporte al desarrollo de los diversos aspectos de la tesis.
6. Elaboración del esquema de trabajo: Planteamos un primer esqueleto del escrito basado en los objetivos de la investigación e identificando las partes del problema. Pudimos detectar defectos o excesos del plan de desarrollo, inventariamos la información recolectada, se vio la necesidad de recopilación de información faltante. El primer esquema sirvió fundamentalmente para agudizar el acopio de información.
7. Ampliación del material sobre el tema ya delimitado: realizamos una nueva búsqueda de información directamente ligada con el tema, centrándonos en los objetivos planteados y con base en el primer esqueleto o plan de trabajo.
8. Lectura y relectura de la bibliografía.
9. Reflexión e interpretación de la información, anotando las ideas más importantes en las fichas de contenido.
10. Fichas de contenido: (38) Anexo 2. Haciendo uso de la misma ficha bibliográfica se anotaron las ideas más importantes. Algunas de naturaleza mixta conteniendo las ideas del autor y reflexiones y comentarios propias del investigador, de esta manera creemos que se logró orden y coherencia al mismo. Eso nos permitió manejo de datos e ideas ajenas o propias y nos acercaron a la elaboración de un primer borrador del trabajo final. Las fichas permitieron acumular datos, recoger ideas, y organizar el conocimiento tomado de los documentos

revisados. Así pudimos elaborar apartados teóricos o de revisión de las áreas de la investigación, sus conceptos y temas o subtemas.

11. Organización de las fichas de contenido en función del esqueleto, teniendo como objetivo valorar la importancia del material recopilado en el desarrollo del trabajo, localización de posibles lagunas, detección de excesos o duplicidad en las ideas transcritas y la posibilidad de revisar el esquema de trabajo con el fin de darle mayor orden y uniformidad, antes de redactar el borrador. Se numeraron las fichas con lápiz, para evitar dificultades de reorganización, si esta se altera.
12. Redacción del trabajo: Borrador para la primera exposición de los hechos o ideas del trabajo. Redacción final. Teniendo por objetivo comunicar con la mayor claridad y coherencia posibles los resultados, descubrimientos, comprobaciones o reflexiones logradas a través de todo el proceso de la investigación documental.

5. Análisis de los datos

Los datos obtenidos de la revisión bibliográfica fueron analizados bajo la metodología de análisis triangular de Sgreccia (39). Frente al hecho o conflicto de la relación médico-industria farmacéutica se buscó su significado antropológico, es decir, los valores que están en relación con la vida, integridad y dignidad de la persona humana, determinando que debemos defender y como regular la acción y los agentes en el plano individual y social. De otro lado, se esbozan planteamientos para solucionar los problemas o conflictos éticos en relación a los conceptos y valores fundamentales de la persona humana.

Método de investigación triangular

- a) Análisis científico: Exposición del hecho biomédico.
- b) Análisis antropológico: Analizar los valores que están en juego.
- c) Juicio ético que guiará la praxis operativa.

6. Criterios éticos

Durante el avance del estudio asumimos principios éticos propicios para la investigación científica:

Credibilidad: valor de la verdad entre la realidad y los datos recogidos.

Aplicabilidad: Buscamos proporcionar el conocimiento sobre el contexto sobre el cual se trabajó, permitiendo transferir las conclusiones a contextos similares.

Consistencia o fiabilidad.

Neutralidad: Investigación exenta de la influencia de la perspectiva del observador.

Buscamos la responsabilidad del investigador para ahondar en la verdad del problema, haciendo una búsqueda exhaustiva del tema y llevando a cabo la investigación tal y como ha sido planificada.

CONFLICTOS DE INTERÉS: El autor declara que no tiene ni ha tenido vínculo laboral, ni recibe remuneración, emolumento, estipendio o salario de ningún laboratorio farmacéutico.

Declara haber recibido Beca de Inscripción para el Congreso peruano de Otorrinolaringología y Cirugía facial del 2012 de la Sociedad Peruana de Otorrinolaringología y Cirugía facial, por Laboratorios MSD.

Declara haber recibido Beca de Inscripción en el XX Simposium Internacional de Otorrinolaringología en Junio 2013 de la Fundación Otorrinolaringológica de Arequipa, por parte del laboratorio Roemmers.

7. Criterios de rigor científico

Por ser la investigación documentaria una forma de investigación cualitativa (36) se siguió estrictamente todos los pasos establecidos para dicho método en lo que respecta a:

a.- Preparación y descripción de material a analizar, preparando una base documental completa y accesible

b.- Reducción de los datos. Se redujo el volumen de los datos, despejando los componentes (las variables) de interés para la investigación. (Análisis de contenidos o análisis semiótico)

c.- Aplicación de la metodología de análisis planteada.

El investigador en ningún momento alteró la información encontrada en beneficio personal, se procuró hurgar a profundidad con la responsabilidad de dar respuesta a la interrogante planteada y logro de los objetivos de la investigación a fin de contribuir a una cultura bioética en médicos y la industria farmacéutica.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

1.- CONFLICTOS ÉTICOS

1.1.- ANÁLISIS CIENTÍFICO: EXPOSICIÓN DEL HECHO

Para poder llevar a cabo el análisis y la discusión de los conflictos éticos presentes en la relación entre los médicos y la industria farmacéutica es necesario señalar, de primera intención, los escenarios en los cuales es posible que se desarrollen conflictos de índole ético.

A.- ESCENARIOS DE PROBABLES CONFLICTOS ÉTICOS EN LA RELACIÓN DEL MÉDICO CON LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

Hemos llegado a un punto en el cual la sensación existente es la de una omnipresente industria farmacéutica que ha ingresado a casi todos los antiguamente sacros ámbitos de la actividad médica.

Desde el ingreso a un centro de atención se percibe la no siempre muy discreta presencia de la industria farmacéutica: en el calendario de la admisión y los letreros de señalización, pasando por los lapiceros, clips y trípticos instructivos; hasta en la oficina del médico donde además de los útiles de escritorio, están los pañuelos de papel, los libros y folletos recuerdan que la industria farmacéutica también está ahí. Pero su presencia no solo queda en el consultorio, centro médico u hospital, se extiende más allá, camina con el médico, va a cenar con él, lee con él, participa de sus congresos y en algunas ocasiones hasta va de vacaciones con él. Es decir, la industria farmacéutica ha llegado a todos los niveles de los sistemas sanitarios, a las estructuras gubernamentales, agencias de medicamentos,

organizaciones sanitarias y de pacientes, sociedades científicas, los centros académicos de formación y de difusión; y obviamente a los médicos de manera individual haciéndoles pensar que probablemente “los intereses de la industria farmacéutica, los intereses de los servicios sanitarios y los intereses de los pacientes son lo mismo” (23).

LA VISITA MÉDICA: “*Doctor Fulanito, me permite un minutito*”.

La visita médica es parte fundamental de la actividad de la industria farmacéutica y constituye el modo directo de ponerse en contacto con aquellos que generaran las recetas de los fármacos, las cuales se convertirán en ventas y, por lo tanto, en recuperación del dinero invertido en la producción del medicamento y en las buscadas ganancias. Por ello la fuerza fundamental de ventas de la industria farmacéutica se concentra en la visita médica; pero no es solo poner un representante, es colocar un nexo, es crear un vínculo y generar una relación de confianza. Hecho esto las posibilidades de establecer relaciones de índole comercial es solo cuestión de tiempo e interés.

El contacto personal de los representantes les permite analizar cuáles son los motivadores individuales de cada médico y ajustar sus actuaciones a la forma de ser de cada uno, por ello, la industria farmacéutica mantiene una red de representantes y es en ese contacto y relación personal donde se pueden producir conflictos, dilemas o violaciones éticas (40). En la misma relación personal establecida con paciencia y hábiles técnicas de mercadeo aparecen desde inofensivos recordatorios de marca hasta los ofrecimientos de capacitación, equipamiento, viajes, participación en estudios clínicos o en el más serio de los casos los ofrecimientos de contraprestaciones económicas a cambio de recetas o recomendaciones.

La visita médica es la actividad fundamental del representante farmacéutico, se prepara para ella, desarrolla un esquema, debe conocer los puntos a tocar y cuales evitar, para ello

debe conocer a “su médico”. La industria lo sabe y por ello tiene bien montados programas de reclutamiento y entrenamiento. El representante médico ya no es solo un vendedor nato es fundamentalmente una persona hábil en las relaciones interpersonales, pero es también alguien con educación superior preferentemente con alguna profesión ligada a las ciencias de la salud, y que desarrolla un fuerte compromiso con su empresa y fundamentalmente con la industria en su conjunto (41). Para afrontar y desarrollar con éxito la visita médica, el visitador o representante farmacéutico desarrolla plena confianza en sí mismo, confianza que adquiere y refuerza a medida que gana experiencia profesional. En la visita deberá manejar con solvencia los conocimientos, habilidades y actitudes que han sido recomendados, estandarizados y previamente ensayados. (42)

SOUVENIRS: “*Doctorcito, un recordatorio de nuestro producto*”.

Desde las agendas de citas hasta los lapiceros con los que se escriben las recetas, una parafernalia de pequeños artículos de uso diario son parte del armamento de la industria farmacéutica para exhibir sus productos y mantener la diaria recordación del médico. Todos y cada uno de estos objetos, introducidos en el quehacer diario del médico por los representantes farmacéuticos, son artículos de poco valor material pero que son utilizados como simbólico objeto de la relación existente, del vínculo creado, del probable compromiso adquirido por el hecho de recibir.

De los altos costos que son referidos por la industria farmacéutica para la producción de los medicamentos es necesario recordar que hay un importante porcentaje que es dedicado a actividades de mercadeo; así, en el año 2003, la industria farmacéutica norteamericana gastó unos 4.000 millones de dólares en enviar a las consultas de los médicos material de promoción de medicamentos, según la organización IMS Health Stokamer CL.

Patient health education, New York Harbor Healthcare System, New York, NY, USA, en Drug marketing practices come under scrutiny, citada por Gomez A. (10). Es interesante pensar el hecho de que dichos costos no son asumidos por la industria, son definitivamente trasladados a los usuarios finales: los pacientes o los sistemas de salud.

INVITACIONES: “*Que le parece si la reunión clínica del servicio la hacemos con una cena*”.

Es una práctica usual de los servicios asistenciales de los hospitales las reuniones clínicas, en las cuales es general la participación de los médicos asistentes, residentes, internos y alumnos en la exposición de casos clínicos, revisión de temas, revista de revistas, etc. Dichas reuniones tienen un ingrediente adicional a la actividad académica, el denominado “break” que viene a ser un ágape o refrigerio usualmente brindado con la gentil participación de la industria farmacéutica. Desde la simple taza de café y algunos bocaditos generosamente contenidos en vasos o envueltos en servilletas con la marca de tal o cual medicamento que viene a relación con el tema discutido, se ha pasado a las invitaciones a salir a un restaurante a participar de una conferencia o reunión clínica con la participación de un usualmente foráneo y renombrado “speaker”, el cual luego de una brillante exposición participa de una amena cena con los asistentes en la cual es inevitable, o quizás buscado, el intercambio de ideas, experiencias, tarjetas de presentación, correos electrónicos y solicitudes de asistencia a otros servicios u hospitales; es decir, un favorable medio para escuchar una actualizada conferencia, disfrutar de una buena cena y establecer relaciones provechosas, todo bajo el generoso auspicio de la industria farmacéutica.

CAPACITACIÓN: *“Doctor, queremos contribuir con su capacitación, auspiciando su participación en el Meeting de la academia”.*

Una de las dificultades argüidas por los médicos para la capacitación, especialmente en el sector público o estatal, es el poco o nulo apoyo de sus instituciones para actividades de capacitación. Existe la restricción dada por los engorrosos trámites administrativos diseñados aparentemente para desanimar al médico a asistir a un evento porque se sabe que tendrá que hacerlo sin contar con el apoyo financiero, sacrificando días de vacaciones o haciendo turnos frecuentes a fin de obtener unos días libres para asistir al evento.

Las políticas institucionales de los servicios de salud exigen planes de capacitación que evalúen las necesidades institucionales, los recursos disponibles, los beneficios potenciales y reales que obtendrán las instituciones con la capacitación y el establecimiento de planes de réplica o difusión de lo aprendido entre el personal que no asistió a fin de mejorar las capacidades de resolución. Estos requisitos a veces chocan con el particular interés del médico, quien puede saber que su servicio necesita mejorar en “A” pero su interés personal está en “B”, porque “B” es más útil para su actividad privada.

Si el médico no cuenta con apoyo institucional y como usualmente sucede, no puede o no quiere disponer de su propio dinero para actividades de capacitación, se da por descontado que tratará de obtener el apoyo en otro lado. Entonces y según el perfil del médico visto bajo la óptica de la industria farmacéutica, habrá algunos cuya “capacitación” es más apetecible y redituable que otros, comenzando así los generosos ofrecimientos de apoyo para la capacitación continuada: participación en cursos, seminarios, talleres y congresos, los cuales son realizados de manera frecuente en algún exótico y relajante lugar; entonces y según su particular evaluación, la industria ve si contribuye con la inscripción, traslados, bolsa de viaje

u hospedaje y quizás alguna que otra muy bien disimulada actividad recreacional.

APALANCAMIENTO TECNOLÓGICO: “*Doctor: ¿nos permitiría colaborar con Usted en el equipamiento de su consultorio?*”

Con el avance de la tecnología, el estetoscopio y la linterna han dejado paso a una gran variedad de instrumentos y equipos que son considerados casi indispensables para la atención y evaluación del paciente. Hoy acuden pacientes con amplias posibilidades de información, conocedor de nuevas tecnologías y que usualmente han obtenido en internet datos sobre su dolencia y como creen que debe ser evaluada. Esta situación obliga a que los servicios de salud y el médico cuenten con las facilidades y los equipos necesarios para poder ofrecer no solo un juicio clínico acertado, sino además ayudas de evaluación y diagnóstico que permitan demostrar lo que sucede con el paciente, además de cumplir la función de educación y comunicación. Así, por ejemplo, la madre gestante no solo desea escuchar que el médico le diga que su bebé esta morfológicamente normal, además desea y exige que se lo muestren, quiere contar el número de sus dedos, ver si es posible el color de sus ojos y su primera sonrisa y que además esta sea grabada para colocarla en su perfil personal en línea a fin de compartirla con su familia y amigos.

Pero esta tecnología tiene un inevitable costo, el cual deberá ser asumido por el médico y luego trasladado al paciente como normalmente sucede en toda línea de producción y mercadeo, sin embargo, la participación de la industria ha abierto un nuevo filón de “colaboración” con el médico o las instituciones de salud, el cual vendría a ser una forma de “apalancamiento”, dicho término venido de las MYPES significa ‘levantar, mover algo con ayuda de una palanca’ (43). Traslado a la acción de la industria en su relación con el médico o las instituciones de salud, decimos que las palancas de moderna tecnología son otorgadas mediante préstamo, cesión en

uso u obsequio, ponen al médico o establecimiento prestador del servicio en posición de obtener mayores y variados objetivos, y de brindar mayor número o complejidad de atenciones, lo cual lleva a obtener mayores utilidades. Hasta ahí el apoyo de la industria podría ser considerado bueno porque pone instrumentos para un mejor y más avanzado diagnóstico y tratamiento, pero la contraprestación es luego exigida, la prescripción debe corresponder a dicha colaboración o el requerimiento de pruebas desarrolladas con tales equipos y que necesitan de ciertos insumos provenientes de la empresa proveedora son pues luego casi la norma que viene a continuación del apalancamiento. Considerar, entonces, que como siempre los costos que demandarán este “improvement” tecnológico serán trasladados al usuario final que es el paciente.

INVESTIGACIÓN: *“Doctor, tenemos un estudio en el que nos gustaría que usted participe”.*

Se ha venido vendiendo la idea de que sin los ingentes recursos de la industria farmacéutica, la investigación médica y los avances logrados hasta hoy no serían posibles. Si bien la financiación de los proyectos de investigación depende cada vez más de la industria, es alarmante el complaciente retiro de los entes estatales, especialmente hoy en tiempos de crisis económica mundial, en que es más importante el rescate financiero de un banco de inversión que la investigación sobre aparición de brotes de enfermedades emergentes o de “bajo perfil de utilidad” usualmente en países o zonas de menor desarrollo, léase pobres.

La industria farmacéutica ha desplazado en muchos casos a los investigadores y sus instituciones en el diseño, preparación, realización análisis y publicación de los ensayos clínicos; estableciendo peligrosos sesgos de investigación al seleccionar los pacientes, los escenarios e incluso los resultados que deben o no publicarse. Pero además ha creado o fomentado la investigación por contrato, remunerando al paciente por participar en el estudio y al

médico por reclutar los pacientes, al experto por analizar el estudio, modificar variables, riesgos relativos, estableciendo los datos que sea más favorables a su producto o escondiendo aquellos que no lo son tanto. Por participar como autor, coautor, por escribir un editorial o una carta al editor en pro de estudio o desacreditando el de la competencia, por participar en las mesas de expertos, simposios o generando guías de atención, etc. (10, 12,22,23)

MUESTRAS MÉDICAS, BANCOS DE MUESTRAS Y PROGRAMAS DE APOYO AL PACIENTE. *“Queremos que usted apoye a su paciente, con estos inicios de tratamiento”*

El representante farmacéutico siempre lleva algo en las manos, siempre está listo a dar algo, se ha establecido casi como una costumbre el dar muestras de sus productos, cajas originales conteniendo una o dos tabletas de la prometida y buscada panacea, algunos laboratorios van más allá, entregan los denominados “bancos de muestras”, es decir diez o veinte de las mismas cajitas con la consigna de ser entregadas como “inicios de tratamiento”. Como la innovación es parte del arte del marketing, además, se han creado los programas de apoyo al paciente, sistemas de cupones en los cuales se le se “apoya” o ”beneficia” con 25% al 50% más del producto o en aquellos de uso crónico con un “original”; estos cupones tiene un doble o hasta triple uso: “fidelizan” al paciente, sirven de medio para controlar la prescripción del médico y para el punto o centro de venta. Esta aparente beneficencia de la industria genera necesariamente costos: desde el gasto material del producto, la promoción del sistema, los centros de canje y los sistemas de control, los cuales nuevamente son trasladados al usuario final. Pero no es el beneficio del paciente ni el abaratamiento del tratamiento del producto lo que finalmente busca la industria, de lo que se trata es de generar un sistema de fidelización hacia el producto y la marca, creando una red en la cual se integran más usuarios tanto médicos

como pacientes, en la lógica perversa del beneficio que sin embargo significa un mayor costo para el usuario final.

Un fenómeno observado es que algunos médicos, especialmente en zonas rurales o urbano marginales, haciendo uso de una posición de dominio sobre la población, al ser el único o uno de los pocos profesionales en la zona, montan en sus consultorios pequeñas boticas en las cuales venden el producto que prescriben o incluso venden las muestras médicas entregadas por los laboratorios con fines de promoción, esta conducta es totalmente reprobable por inmoral, antiética e ilegal.

RETRIBUCIONES ECONÓMICAS DIRECTAS: “*Si usted receta nuestro producto, cada venta se convierte en un punto a su favor*”.

Este escenario se ha venido presentando en los últimos años con renovado ímpetu. El laboratorio farmacéutico establece sin ningún reparo una relación estrictamente comercial con el médico y un punto de venta, farmacia o botica. Funciona en base a que cada receta de un producto A o B es direccionado específicamente a un punto de venta en el cual se otorga al paciente el medicamento a “precio de promoción”, se registra el producto recetado y efectivamente vendido, se anota al médico prescriptor y el número de unidades vendidas; en base a esta información se elabora una puntuación la cual se transforma en dinero que posteriormente es entregado al médico prescriptor bajo los conceptos de “participación en ensayo clínico” o “evaluación clínica de efectividad de fármaco A”.

Hemos encontrado otra variación del escenario, la cual se da a nivel del punto de venta. El laboratorio propone a la farmacia o botica descuentos en cuanto a la venta por volumen o a bonificaciones directas al vendedor, esto origina que se dirija la prescripción hacia determinada marca, obviando la indicación médica u otras alternativas bajo Denominación Común Internacional (DCI) que están a menor precio.

LOS MEDICOS, SUS ORGANIZACIONES Y LA INDUSTRIA FARMACEUTICA. “*el sponsor platinum de este congreso es...*”

Los médicos desde antaño se han organizado en sociedades, encargadas de representarlos en sus diversas especialidades, pero también se encargan de acreditarlos, elaborar guías de práctica y de organizar las actividades de educación médica continua. En este último rubro es donde la industria farmacéutica tiene un inocultable interés y las diversas sociedades médicas han establecido múltiples acuerdos que les han sido mutuamente beneficiosos. Debido a que la organización de cursos, congresos, talleres y seminarios demandan elevados costos que ni las asociaciones médicas ni sus miembros están dispuestos a asumir; entonces surgen los patrocinios de la industria farmacéutica, y de acuerdo a la magnitud de este el laboratorio es calificado con estrellas o primorosos metales (desde auspiciador bronce hasta platino), premiando con mayor o menor número de metros cuadrados en las áreas de exhibición de stands o con uno o más “simposios satélites” dentro de las jornadas.

Para el éxito de los congresos médicos, la industria farmacéutica y las sociedades médicas han llegado a múltiples acuerdos y formas de auspicio: becas para los participantes, *coffee breaks*, cobertura de gastos de ponentes internacionales (algunos de ellos con fuertes lazos con la industria farmacéutica), alquiler de locales en lugares exóticos o paradisíacos, equipos y, por supuesto, las indispensables actividades sociales que siempre complementan o en algunos casos casi son el centro de la atención de los congresos: cenas, paseos, espectáculos. Todo ello ha creado una sensación y hasta certidumbre de que las actividades científicas de la sociedades médicas no pueden llevarse a cabo sin el auspicio de la industria farmacéutica, sin los denominados “sponsors”, “socios estratégicos”, “amigos fundamentales”, “colaboradores entrañables”; en vista de ello pocos o ninguno se ha detenido a pensar si es posible volver a

retomar el antiguo camino de la organización, de la responsabilidad individual y colectiva en la capacitación, donde el eje de la reunión sea el conocimiento y su difusión, mas no la momentánea vacación.

ASOCIACIONES DE PACIENTES, NUEVOS DIAGNÓSTICOS.

En un mundo con gran disponibilidad de fuentes de información es inevitable que el paciente se tope con algún aviso, comentario, *web site*, *blog*, etc. donde se trate, la cada vez mayor importancia económica de la industria farmacéutica, sus exorbitantes ganancias y sus estrategias de mercadeo.

Los pacientes suelen también organizarse, hoy en día forman asociaciones de pacientes portadores de tal o cual enfermedad, como tales ponen en tela de juicio a la industria y sus prácticas comerciales, sus relaciones con los médicos. Señalan cómo las farmacéuticas influyen en el hábito prescriptivo de los médicos a través de regalos, situación que consideran inaceptable, rechazan la cada vez mayor participación de la industria en la elaboración de los estudios científicos y en los protocolos de atención de enfermedades así mismo como la industria privilegia la investigación en ciertas enfermedades como las cardiovasculares u oncológicas donde obtienen mayores ganancias dejando de lado otras como las enfermedades infecciosas o aquellas denominadas emergentes que afectan a las poblaciones menos favorecidas de la sociedad.(21, 44).

Pero la industria farmacéutica no tiene en contra a todos los pacientes y sus asociaciones, algunas de ellas cuentan con grandes apoyos financieros de parte de ésta. Son aquellas que tratan aquellas dolencias graves, de diagnóstico poco frecuente, solo vistas en algún capítulo del famoso Dr. House, pero que a partir de aquella ocasión o de algunos reportes de casos comienzan a tomar prodigioso impulso, se identifican nuevas presentaciones, se comentan cada vez más, los expertos las mencionan en mesas redondas y entonces se redescubre la utilidad de algún fármaco en algún tiempo desprestigiado por sus efectos adversos y que a menor dosis genera sorprendentes

resultados en el tratamiento de la misteriosa enfermedad. Así mismo existen aquellas variantes extrañas de síndromes no menos raros aún, que son tratados cada vez más. Condiciones que antes eran consideradas variaciones de la normalidad hoy son consideradas patológicas y; por lo que es necesario tratarlas, entonces las asociaciones presionan a sus médicos, a los servicios de salud, para incluir en sus petitorios farmacológicos el maravilloso medicamento que trate su variación de normalidad.

PUBLICIDAD Y PROMOCIÓN

La publicidad específica de fármacos está fuertemente regulada en muchos países, prohibiéndose la mención de productos farmacológicos de manera explícita en los medios de comunicación, sin embargo la estrategia de la industria ha originado subliminal publicidad en la cual un reconocido personaje del cine, la televisión o los deportes sugiere que consulte a su médico por cierto tipo de tratamiento para cierto tipo de estado (propio de la edad que ahora es considerado déficit), mal o dolencia como por ejemplo la menopausia o la andropausia, mediante simpáticas y muy comerciales denominaciones.

1.2.- ANALISIS ANTROPOLÓGICO. LOS VALORES EN JUEGO:

DEL MÉDICO

El médico por la naturaleza de su profesión, la fuerza de su vocación y la obligación de sus promesas y juramentos (45) tiene como principal fin el poner en disposición de los pacientes sus conocimientos y habilidades a fin de brindar cuidado a quienes se lo solicitan. Este cuidado debe ser auténticamente honesto ante la condición del doliente, respetuoso de su dignidad y destinado a preservar su integridad física y moral.

Al proporcionar atención el médico debe actuar con libertad e independencia de sus propios intereses y de presiones o influencias

externas, haciendo uso de la educación adquirida de forma certera, eficaz y eficiente; el médico escucha con atención, examina con respeto, razona con madurez, cuidado y precisión para establecer eficaces planes diagnósticos, terapéuticos y educativos destinados a restaurar la salud del paciente en medio de una comunicación honesta y abierta.

DEL PACIENTE

Al solicitar atención médica el paciente debe ser consciente de que la mayor parte el proceso recuperativo esta en sus propias manos y acciones. Al acudir al médico debe ser honesto en el relato de sus molestias y en mostrar madurez en sus respuestas. Para establecer una relación de mutua confianza la comunicación clara, precisa y respetuosa es de primordial importancia. Al recibir una recomendación esta debe ser recibida con el respeto que merece, de ser aceptada debe haber compromiso en su cumplimiento. Ante la certeza de un diagnóstico y la efectividad del tratamiento la gratitud debe decantarse como producto natural de la mejoría física y la paz interior lograda.

DE LA INDUSTRIA

La industria farmacéutica desarrolla sus prácticas industriales y comerciales en un entorno de fuerte competitividad, con el lógico y razonable fin de obtener lucro. Pero estas circunstancias deben ser el motor para generar productos farmacéuticos eficaces y seguros para el tratamiento de las enfermedades, desarrollados en un entorno de autenticidad y originalidad en la investigación. La precisión de sus logros y las características de sus productos deben ser difundidas de forma franca, honesta, y transparente, evitando el sobredimensionamiento de los éxitos y las bondades de los mismos, no ocultando sus posibles efectos adversos y evitando el uso de prácticas comerciales que tiendan a direccionar el hábito prescriptivo de los médicos

La industria farmacéutica al generar altos ingresos y ganancias debe actuar de forma socialmente responsable y solidaria;

colaborando de forma honesta, justa y respetuosa con las personas enfermas y socioeconómicamente menos favorecidas, a través de precios justos y participando en los programas de manejo de enfermedades infectocontagiosas, transmisibles, emergentes y de peligro para la salud pública.

1.3.- ANÁLISIS ÉTICO: JUICIO PARA LA GUÍA DE LA PRÁCTICA OPERATIVA

La práctica médica está cada día puesta en tela de juicio, desde la certeza de sus procedimientos hasta la probidad de sus actos. Especial punto a considerar es entonces cómo sus relaciones con la industria farmacéutica son capaces de influir o afectar sus obligaciones, principios y compromisos éticos; en qué medida la fortaleza de sus convicciones es puesta a prueba cuando debe enfrentar un conflicto o dilema ético.

Siendo la profesión médica una de las actividades humanas más nobles y respetadas, se obliga por su propia naturaleza a actuar siempre en beneficio de las personas que atiende. Para cumplir con esta obligación, el médico debe obtener las mejores herramientas del conocimiento actual y ponerlas al servicio de las personas, respetando la dignidad de las mismas y la suya propia. Sus planes, decisiones y proceder deben estar enmarcados por claros y definidos lineamientos en los cuales no pueden caber términos medios o vacilaciones; el médico siempre debe actuar con la mejor estrategia diagnóstica y terapéutica posible para el paciente y si carece de los medios para ello debe tener claro de que no existe falta ni deshonor en referir hacia niveles en los cuales sí se pueda contar con ellos.

El deber asumido con los pacientes al abrazar la práctica médica, obliga al médico a actuar en beneficio de ellos, entonces debe estar presto a poner este deber por encima de cualquier interés,

sea propio o de terceros. No es aceptable que los beneficios que obtenga de la relación con la industria farmacéutica sean colocados por delante de las obligaciones que tiene con sus pacientes y consigo mismo. El plan de diagnóstico y tratamiento, las opciones terapéuticas que se desarrollan no pueden ni deben estar condicionadas a compromisos sentidos y/o adquiridos con la industria, siendo inaceptable desde el punto de vista ético que un médico proponga o acepte condicionamientos en relación a su proceder y su prescripción, si lo hiciera actuaría sin considerar el beneficio del paciente y faltando a la autonomía de sus actos.

El inducir, exponer o realizar, en los pacientes bajo su cuidado, procedimientos diagnósticos o terapéuticos de forma sesgada utilizando productos de denominación específica (léase ‘de marca’) por corresponder a las atenciones recibidas o esperadas de parte de la industria farmacéutica es una franca violación de los principios de beneficencia y autonomía porque no se actúa pensando en el bienestar del paciente sino en el beneficio obtenido o por obtener, aun cuando estos procedimientos o tratamientos estén aceptados por la comunidad científica, el solo hecho de indicar un producto de marca específica omitiendo la denominación común internacional o la reiterada y exclusiva tendencia a prescribir un determinado producto ocasiona, por ejemplo, perjuicios económicos al paciente o a los sistemas de salud evitando que se destinen recursos a otras áreas de necesidad individual o colectiva.

La autonomía del médico está “ipso jure” coaptada al prescribir un determinado producto en busca de un beneficio, puesto que ya no actúa con criterio científico ni hace uso de su juicio, solo valora su propio interés. Lo cual también afecta la autonomía del paciente, puesto que no se le brindan todos los elementos que requiere para tomar una decisión debidamente informada; se le es indicado u ordenado un tratamiento sin hacerlo partícipe de la decisión tomada.

Cuando el médico inicia un plan de tratamiento debe tener claro que su proceder no puede ser maleficente, se exige de él un amplio conocimiento del producto a usar, por lo tanto debe estar al día respecto de las reales indicaciones del producto, sus contraindicaciones, efectos adversos y colaterales, debe considerar insuficiente la información proporcionada por el representante farmacéutico; es responsabilidad del médico investigar e informarse lo más ampliamente posible. La indicación no puede ni debe ser nunca guiada por la visita del representante, el recordatorio en el *souvenir* recibido, lo sugerido en la cena de presentación, las muestras médicas disponibles, el auspicio prometido para el próximo congreso o en la execrable espera de una compensación económica directa por el producto prescrito.

El acto médico debe ser un acto de justicia, no solo en razón de actuar de acuerdo a la ley y el derecho sino en cuanto refleje que el accionar del médico tiene la profunda convicción de corregir un evento que causa daño al paciente, el cual no solo trae un malestar o dolencia física; también trae consigo sentimientos, creencias, confianza, fe y esperanza los cuales deben ser respetados y no defraudados. El acceso a un servicio de salud de calidad, eficaz y eficiente no puede ser exclusividad de grupos o clases, es un acto de justicia y de responsabilidad de la sociedad organizada y de cada uno de los elementos que participan en la prestación de los mismos. El Estado y la sociedad deben garantizar el acceso a los servicios de salud donde el personal sanitario y especialmente los médicos deben obrar a fin de proporcionar atención en iguales condiciones para todos los que la requieran, distribuyendo los recursos de manera responsable y evitando introducir sesgos, producto de sus propios intereses.

El paciente, recipiente del acto médico, también debe actuar con justicia, acudiendo a solicitar atención de forma oportuna, previniendo antes que buscando tratamiento, cumpliendo con los tratamientos recomendados y participando de forma activa en

cambios individuales y colectivos que mejoren su salud y la de su comunidad, ello será un acto de justicia para todos.

Del otro lado de la ecuación está la industria farmacéutica, cuya lógica de trabajo puede ser distinta de la del médico, pero que sus valores y principios éticos no tienen por qué ser distantes o diferentes. La industria farmacéutica puede y debe actuar con beneficencia al generar productos farmacéuticos que sean realmente efectivos en el tratamiento de las diversas enfermedades, poniéndolos al alcance de la comunidad médica y brindando información clara, completa y oportuna respecto de todos los aspectos que pudieran beneficiar y/o perjudicar al usuario. La industria debe respetar la autonomía del médico y no hacer uso de prácticas comerciales o de mercadeo que le induzcan a cometer faltas éticas o corrompan su proceder con retribuciones a cambio de prescripción. Debe respetar la autonomía del paciente evitando la publicidad tendenciosa y debe promover la información clara y directa.

Definitivamente la industria debe ser justa al poner los productos farmacéuticos al alcance de todos, estableciendo precios que cubran sus costos operativos y márgenes razonables de ganancia sin olvidar que todas las enfermedades deben ser atendibles, no solo aquellas que rindan grandes ganancias. Si la industria desea participar activamente en la investigación y la difusión del conocimiento, debe hacerlo de forma justa, respetando la verdad de los resultados obtenidos, facilitando la difusión tanto de los éxitos como de los fracasos y siendo socialmente responsable al investigar en enfermedades que afecten a poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas.

Bajo la óptica de la corriente bioética del personalismo, (39) (46) la persona humana, su dignidad y el respeto a la misma deben constituir pilares inalterables sobre los cuales actúen los progresos de la ciencia y la tecnología. Al realizar la aplicación práctica de la ciencia y la tecnología generadas por el hombre para el cuidado y recuperación de la salud debe tenerse en cuenta que el acto médico

es llevado a cabo sobre sujetos, que bajo ningún punto de vista pueden ser instrumentalizados y en los que como condición primigenia debe ser respetada su dignidad, no permitiéndose que factores ajenos a ella determinen su valor.

Siendo el interés de la vida humana superior a cualquier otro interés individual o colectivo, del médico y/o de la industria farmacéutica, es entonces necesario resaltar que ninguna influencia externa tendiente a priorizar intereses ajenos a los del paciente pueden ni deben ser tolerados. El médico que participe en la investigación científica debe buscar aquello que sea siempre más favorable a la persona humana y al tener bajo encargo el cuidado de la salud y la vida de un paciente debe cautelar su integridad personal defendiendo la primacía del ser humano y la vida física del mismo. Para ello el médico debe ser autónomo en sus decisiones, libre de influencias y condicionamientos externos o de intereses propios, debe ser sereno en su análisis y responsable en sus decisiones. Debiendo respetar la autonomía del paciente a su cargo y contando con el consentimiento libre e informado del mismo, a fin de buscar el bien corporal dentro del conjunto del bien espiritual y moral de la persona.

En este contexto debe también entenderse que el bienestar no solo debe ser individual sino que también se le puede considerar un bien social, donde el bien de uno repercute favorablemente en el de otros, por ello debe existir el compromiso de todas partes de la sociedad de llevar a la protección de la salud a un nivel de necesidad e interés público que fomente el bien total de la persona en su integridad y en su entorno familiar y social. Si se actúa con beneficencia se debe procurar la participación del paciente en la toma de decisiones, tomando en cuenta el parecer del médico tratante y evitando o disminuyendo los riesgos y efectos nocivos de las decisiones terapéuticas tomadas; procurando que el actuar justo y equitativo respete la invariable dignidad ontológica del ser a lo largo de toda la vida humana.

Cuando la opinión profesional del médico sobre la atención directa de un paciente pueda ser influenciada por un segundo interés, es entonces que aparecen los conflictos de interés, los cuales no son inherentemente antiéticos, pero es crucial la manera de abordarlos (47), ahí es cuando se deben tener claras las políticas de acción a fin de resolver estos conflictos a favor de los intereses de los pacientes.

En los diversos campos en los que actúe el médico: atención directa a los pacientes, investigación, educación, administración y gestión de los servicios de salud, se debe considerar como un deber moral la realización de un autoexamen en busca de posibles conflictos de interés, a fin de reconocerlos y resolverlos evitando así que se afecte la credibilidad y confianza en el médico y en la profesión médica. (44, 47).

El actuar médico, en todas sus diversas áreas y situaciones, requiere mantener el equilibrio en las decisiones médicas, desde las más complejas hasta las más sencillas, procurando que el beneficio sea el mayor para todos los implicados. Para lograr este objetivo se requiere que el médico trate al paciente como a sí mismo.

2.-CONFLICTOS LEGALES: CÓDIGOS DE ÉTICA Y LEGISLACIÓN DE REFERENCIA EN LA RELACIÓN DEL MÉDICO CON LA INDUSTRIA FARMACEUTICA.

2.1.- EL ORDENAMIENTO JURÍDICO

El ordenamiento jurídico nacional e internacional tiene por principio fundamental la protección de la integridad de la persona, la positivización del derecho ha devenido en los últimos tiempos a normar la ya reconocida conflictiva relación existente entre la industria farmacéutica y los profesionales médicos.

Existen límites legales establecidos por las sociedades para regular la relación entre el profesional médico en su actividad pública o privada y la industria farmacéutica, este ordenamiento jurídico está orientado a garantizar la independencia de los profesionales de la salud en la toma de decisiones en la prescripción, dispensación y administración de los medicamentos, previendo las sanciones ante el incumplimiento de las normas vigentes por parte de cualquiera de los agentes involucrados.

EFICIENCIA:

La eficiencia en el gasto sirve de referente económica y jurídica para orientar o establecer las políticas de los servicios de salud, debido a los múltiples factores que la afectan, entre ellos el hábito prescriptivo. Es entonces necesario que las sociedades organizadas intervengan en normar los aspectos que en esta influyen.

Tanto los servicios de salud públicos como privados tienen gastos operativos que deben ser llevados de manera eficiente a fin de obtener rentabilidad, posibilidad de reinversión y mejoramiento de la calidad de los mismo; en tiempos de crisis económica la eficiencia en el uso de los recursos representará poner al alcance de la población servicios de salud oportunos y de calidad, que respondan a

la inversión realizada o reflejen la contribución en impuestos efectuada.

Los Estados han legislado al respecto, así España en varias disposiciones normativas, entre ellas la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y el Real Decreto-Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud, señala que “el gasto farmacéutico es uno de los principales componentes del gasto sanitario y en el que más pueden incidir las políticas de control del gasto sanitario. Por ello, no es la reducción propiamente dicha del gasto en medicamentos el objetivo pretendido, sino el control del gasto sanitario, en cuanto partida de los gastos globales que, por su relevancia cuantitativa, puede condicionar seriamente los objetivos de ajuste y estabilidad presupuestaria impulsados por el Gobierno”. (48,49,50). De otro lado, España ha dictado el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, (51) de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el cual señala que “se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias”.

INFORMACIÓN INDEPENDIENTE

Durante la etapa de formación universitaria, la educación del profesional de la salud goza de independencia y autonomía garantizada por la Ley (52). Los médicos son formados en la mayoría de los casos siguiendo las recomendaciones respecto de la prescripción racional, basada en la evidencia y con criterios de eficiencia en el costo-beneficio, haciendo uso de la prescripción en denominación común internacional. Terminado el período formativo empieza una etapa de transición, el de formar su propio criterio en el hábito prescriptivo, es ahí donde el nuevo médico inicia su contacto

con la industria farmacéutica recibe ella información complementaria y en algunos casos puede reemplazar la información académica por la “información del marketing”.

En una época de rápido desarrollo del conocimiento y de las tecnologías de información, la necesidad de tener información actualizada, sistematizada y objetiva debe contar con la garantía de estar recibiendo información libre de sesgo de quien investiga, produce o distribuye los medicamentos, por ello la ley tanto en su espíritu como en su redacción y reglamentación debe procurar formación e información independiente y de calidad para la utilización adecuada de los productos farmacéuticos y las instituciones formativas públicas o privadas deben garantizar la educación continua actualizada y objetiva promoviendo el acceso rápido, oportuno y libre a la información científica actual sobre los productos farmacológicos la cual debe proporcionar los elementos técnico-científicos necesarios para que sus destinatarios puedan juzgar por sí mismos el valor terapéutico del medicamento (48, 53,54). Pero el camino por el cual esta información llega también debe ser meridianamente claro, estableciendo los medios a través de los cuales puede ser alcanzada, como por ejemplo a través de publicaciones como revistas, boletines, libros y similares, así como la incorporada a medios audiovisuales en soporte óptico, magnético o similar, así mismo se debe señalar cuáles son los límites de los diversos medios de promoción, soporte, contribución o subvención de la industria para con los agentes prescriptores.

En España, la Ley 29/2006, de 26 de julio (48), en lo relativo a la publicidad dirigida a profesionales sanitarios si bien establece la prohibición de incentivos no niega “la posibilidad para la hospitalidad ofrecida, directa o indirectamente, en el marco de manifestaciones de carácter exclusivamente profesional y científico. Dicha hospitalidad deberá ser siempre moderada en su nivel y subordinada al objetivo principal de la reunión y no podrá ser extensible a personas que no sean profesionales de la salud”. Esta

misma norma señala que “los premios, becas, contribuciones y subvenciones a reuniones, congresos, viajes de estudio y actos similares donados por personas relacionadas con la fabricación, elaboración, distribución y dispensación de medicamentos se aplicarán exclusivamente a actividades de índole científica cuando sus destinatarios sean facultativos en ejercicio clínico o las entidades en que se asocian. En las publicaciones de trabajos y ponencias de reuniones, congresos y actos similares se harán constar los fondos obtenidos para su realización y fuente de financiación. La misma obligación alcanzará al medio de comunicación por cuya vía se hagan públicos y que obtenga fondos por o para su publicación”. Es decir, el espíritu de la ley ampara actividades de la iniciativa privada cuyo fin exclusivo es conseguir la formación adecuada y el conocimiento actualizado, pero ante esta permisividad de la ley, el agente prescriptor tanto público como privado debe anteponer principios de objetividad, integridad, neutralidad, responsabilidad, imparcialidad, transparencia, ejemplaridad, austeridad, eficacia y honradez (50).

Debemos decir que la búsqueda de la eficiencia en el gasto, la formación e información son dependientes de un criterio médico independiente; en base al conocimiento científico adquirido, la experiencia clínica, los criterios de costo-beneficio, realidad de los servicios de salud en los que actúa, el médico debe tener la libertad para recetar o indicar lo que cree y conoce que es mejor para el paciente a su cuidado. Esta libertad es salvaguardada por la ley, la cual intenta evitar la influencia perniciosa de los ofrecimientos o dádivas. Así, el artículo 94 de la Directiva 2001/83/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, dice “queda prohibido otorgar, ofrecer o prometer a las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos y en el marco de la promoción de los mismos frente a dichas personas, primas, ventajas pecuniarias o ventajas en especie, con excepción de aquellas que tengan un valor insignificante y que sean irrelevantes para la práctica de la medicina o la farmacia”(55). De manera similar se

expresa la legislación española en la Ley 29/2006, de 26 de julio, y el Real decreto 1416/94, de 25 de junio (48,53), que con la finalidad de garantizar la independencia de las decisiones relacionadas con la prescripción, dispensación, y administración de medicamentos respecto de intereses comerciales prohíbe el ofrecimiento directo o indirecto de cualquier tipo de incentivo, bonificaciones, descuentos, primas u obsequios, por parte de quien tenga intereses directos o indirectos en la producción, fabricación y comercialización de medicamentos a los profesionales sanitarios implicados en el ciclo de prescripción, dispensación y administración de medicamentos o a sus parientes y personas de su convivencia. Pero de configurarse la falta a lo normado por la ley debe considerarse tan infractor al que ofrece y da como a quien solicita o recibe así el artículo 101.2.b) 28ª y 29ª de la Ley 29/2006 (48) tipifica como infracciones graves “ofrecer directa o indirectamente cualquier tipo de incentivo, bonificaciones, descuentos prohibidos, primas u obsequios, efectuados por quien tenga intereses directos o indirectos en la producción, fabricación y comercialización de productos sanitarios, a los profesionales sanitarios, con motivo de la prescripción de los mismos, o a sus parientes y personas de su convivencia”, así como “aceptar, los profesionales sanitarios, con motivo de la prescripción, dispensación y administración de medicamentos y/o productos sanitarios con cargo al Sistema Nacional de Salud, o sus parientes y personas de su convivencia, cualquier tipo de incentivo, bonificaciones, descuentos prohibidos, primas u obsequios efectuados por quien tenga intereses directos o indirectos en la producción, fabricación y comercialización de medicamentos y productos sanitarios”. En ese mismo contexto la legislación argentina es sumamente explícita y señala en el artículo 21 de la Ley 17.132 de Régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas (56) que los médicos están prohibidos de “obtener beneficios de laboratorios de análisis, establecimientos que elaboren, distribuyan, comercien o expendan medicamentos, cosméticos, productos dietéticos, prótesis o

cualquier elemento de uso en el diagnóstico, tratamiento o prevención de las enfermedades.” En similares términos se expresa el decreto 258/992 de Normas sobre conducta médica y derechos del paciente de la república oriental del Uruguay (57) y la ley 23 de 1981 de la república de Colombia (58).

La Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, (59) órgano de la Organización Panamericana de la Salud ha planteado a sus miembros un conjunto de criterios éticos como base indicativa del comportamiento en esta materia y que aunque no representan obligaciones jurídicas y pueden ser adaptados por los países miembros de la red PARF a las circunstancias nacionales los gobiernos deben promover y fomentar la educación en los usuarios y profesionales involucrados en el tema para efectos de crear una actitud reflexiva y crítica frente a los diferentes tipos de promoción, propaganda y publicidad de los medicamentos.

EL PRESCRIPTOR COMO FUNCIONARIO PÚBLICO

La Ley General de salud en el Perú señala al médico como el profesional de la salud con capacidad para prescribir productos farmacéuticos y faculta también a los odontólogos y obstetrices para hacerlo limitándose a sus campos de acción (54). Estos profesionales al desempeñarse en los diversos establecimientos de salud administrados por el Estado y remunerados con dinero del fisco toman la categoría adicional de funcionarios públicos y, por lo tanto, sujetos de la normatividad que ello implica.

Entonces, si un médico acepta de manos de un representante farmacéutico: dádivas, regalos o prestaciones valorables económicamente significativas que no guarden relación con alguna actividad formativa, que no sean proporcionadas a la naturaleza del hecho o que estén destinadas a modificar la conducta o hábito prescriptivo del médico con la finalidad de favorecer a quien tenga intereses directos o indirectos en la producción, fabricación y

comercialización de medicamentos y productos sanitarios comete delito, está incumpliendo su obligación en aras de un interés propio o de terceros y ello está tipificado en el código penal como cohecho. Así el funcionario público comete el delito si acepta, solicita, recibe o condiciona el acto perteneciente a sus funciones a la obtención de un beneficio, ventaja, promesa o donativo, pero también comete delito aquel que ejerce la labor corruptora sobre el funcionario.

El Estatuto Básico del Empleado Público Español (60) dispone que su accionar debe estar en arreglo a los principios de “objetividad, integridad, neutralidad, responsabilidad, imparcialidad, transparencia, ejemplaridad, austeridad, eficacia y honradez, teniendo en cuenta que su accionar debe garantizar la satisfacción de los intereses generales de los ciudadanos y se fundamentará en consideraciones objetivas orientadas hacia la imparcialidad y el interés común, al margen de cualquier otro factor que exprese posiciones personales, familiares, corporativas, clientelares o cualesquiera otras que puedan colisionar con este principio”, “se abstendrán (...) de toda actividad privada o interés que pueda suponer un riesgo de plantear conflictos de intereses con su puesto público”, y el funcionario deberá como principio de conducta que “se rechazará cualquier regalo, favor o servicio en condiciones ventajosas que vaya más allá de los usos habituales, sociales y de cortesía, sin perjuicio de lo establecido en el Código Penal”. La Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas (61) establece -artículo 1.3- que “en cualquier caso, el desempeño de un puesto de trabajo por el personal incluido en el ámbito de aplicación de esta Ley será incompatible con el ejercicio de cualquier cargo, profesión o actividad, público o privado, que pueda impedir o menoscabar el estricto cumplimiento de sus deberes o comprometer su imparcialidad o independencia”. Así no deja lugar a dudas sobre la proscripción de cualquier actividad que pueda comprometer la imparcialidad o independencia del funcionario en cuestión y en su artículo 20.1 esta Ley señala que “el

incumplimiento de lo dispuesto en los artículos anteriores será sancionado conforme al régimen disciplinario de aplicación”.

En la práctica médica diaria puede darse el hecho que el médico prescriba un determinado medicamento debido a un interés en obtener o corresponder a un beneficio. Con la intención de evitar ello, la ley en el Perú mediante el Manual de Buenas prácticas de prescripción (30) establece disposiciones para el acceso a la información sobre precios y denominación común de medicamentos y en su Artículo 6º señala que constituye una infracción sancionable con una amonestación o una multa de hasta dos (2) Unidades Impositivas Tributarias (UIT), el consignar en la prescripción de medicamentos únicamente el nombre de marca del medicamento sin hacer mención explícita a la Denominación Común Internacional (DCI) del mismo.

Puede ser difícil para los elementos del Estado el probar directamente si la prescripción de un fármaco A o B está en relación con algún tipo de beneficio a obtener, en previsión de ello por ejemplo el segundo Informe Vilardell, elaborado por un grupo de expertos para la racionalización y financiación del gasto sanitario en Cataluña y que lleva el nombre del presidente del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB), Miquel Vilardell, propone prohibir por contrato a los profesionales de la sanidad pública recibir presentes, asistir a congresos o viajar a costa de las compañías farmacéuticas, considera necesario “obligar a la declaración de conflicto de intereses” y afirma que “la falta de regulación de las relaciones con la industria proveedora es una de las causas principales de ineficiencia del sistema de salud, además de una causa importante de mala práctica y de iatrogenia”. (50)

Otro aspecto necesario de analizar y de legislar es respecto de cuáles son los criterios que se establecen en la elección de los médicos auspiciados por la industria, sus métodos de selección, cuáles y cuántos son los eventos que pueden ser auspiciados, cuales son los límites de la hospitalidad brindada, cual es el rol y la responsabilidad

del empleador en la capacitación continua de sus médicos, así, ¿no debería el estado, seguridad social o entidad prestadora de salud de manera obligatoria ser co-participe en el financiamiento de la capacitación de sus profesionales, habida cuenta que el conocimiento o pericias que ellos obtengan redundaran favorablemente en los usuarios de sus servicios y pacientes a su cuidado?.

2.2- CÓDIGOS DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

La Declaración de Principios del Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana señala que “el Ethos comprende aquellas actitudes distintivas que caracterizan a una cultura o a un grupo profesional en cuanto a que esta cultura o profesión sostiene una postura que demuestra la dedicación a ciertos “valores” y a la jerarquía de los mismos. El Ethos médico traduce la calidad de miembros de una profesión entendida como una vocación en el sentido de un servicio irrevocable a la comunidad y una dedicación a “valores” más que a “ganancia financiera”. El código de ética en medicina obedece a un esfuerzo premeditado de fortalecer el Ethos médico, sirviendo de ayuda a los médicos –individual o colectivamente- en el mantenimiento de un alto nivel de conducta ética. Las orientaciones del mismo determinan lo que debe considerarse conducta apropiada en relación con los pacientes, con los colegas, con los miembros de profesiones afines y con la sociedad” (62).

Cuando se plantea la existencia de un conflicto de interés y la opinión o que el actuar profesional sobre la atención de un paciente pueda estar influenciada por un interés secundario, es ahí donde los códigos de ética y deontología de los Colegios Profesionales y las Asociaciones deben ayudar a los médicos a resolver dichos conflictos en favor de los intereses de los pacientes. Siendo el deber médico, el de mantener el nivel más alto de conducta profesional evitando que motivos de lucro influyan en el libre e independiente ejercicio de su juicio, debe en todos los ámbitos de la práctica médica dedicarse a

proporcionar un servicio médico competente, con independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana (63), es decir, debe actuar con probidad. (64).

Respecto de los conflictos que pueden generarse en la relación de los médicos y la industria farmacéutica, códigos de ética señalan la necesidad de que el médico desarrolle sus actividades con independencia y garantía de calidad, disponiendo de libertad de prescripción y respetando la evidencia científica y las indicaciones autorizadas. Los Principios Éticos y Código Deontológico de la Asociación Colombiana de Psiquiatría Legal en su capítulo 8 señala claramente las recomendaciones para sus asociados en su relación con la industria farmacéutica, incluida la negativa a aceptar obsequios suntuosos o excesivos, así como un claro rechazo y denuncia a toda actividad que pretenda afectar la independencia en su prescripción a través de premios o intercambios (65).

Otros aspectos contemplados por los códigos de ética como el del American College of Physicians (65) son “las posibles influencias sobre el juicio clínico que podrían ejercer algunos incentivos financieros inherentes en el entorno de la consulta (como incentivos para la utilización de servicios), obsequios de la industria farmacéutica o arreglos comerciales concernientes a las referencias médicas. Señala así que “los médicos deben estar conscientes de todas estas posibles influencias, por lo que sus acciones deberán estar guiadas por los mejores intereses del paciente y la atención médica óptima y no por otros factores. Los médicos que tengan posibles conflictos de interés financiero tales como investigadores, conferencistas, consultores, inversionistas, socios, empleados u otros, no deben comprometer su juicio clínico objetivo, ni los intereses del paciente o los temas de investigación”.

Aunque no es mencionada directamente, la relación entre los médicos y la industria farmacéutica y los conflictos derivadas de esta pueden estar enmarcados por el Código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú (66) en los artículos siguientes:

Art. 9° La atención de salud se brinda en el marco del estado de necesidad en el que se encuentra todo paciente. Por ello, es de responsabilidad del médico velar para que ésta no derive en abuso.

Comete falta a la ética el que abusa de su condición de médico para obtener del paciente o de sus familiares cualquier ventaja, provecho o beneficio indebido.

Art. 14° Es falta de ética del médico hacer comercio de productos diagnósticos o terapéuticos o de materiales médicos, dentro de la institución donde labora, en su consultorio o fuera de él, por venta directa o por relación con el fabricante o el vendedor de dichos productos, salvo circunstancias especiales en beneficio del paciente.

2.3.- AUTORREGULACIÓN DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

La industria farmacéutica intentando autorregularse ha diseñado diversos códigos y normas, así tenemos el Código IFPMA 2012 de Buenas Prácticas (67) el Código Español de Buenas Prácticas de Promoción de Medicamentos y de Interrelación de la Industria Farmacéutica con los Profesionales Sanitarios (68), dado por la patronal farmacéutica española para las empresas que la componen. La asociación de Laboratorios Farmacéuticos del Perú (ALAFARPE) ha adoptado el Código IFPMA de prácticas de *marketing* farmacéutico para establecer entre sus trabajadores criterios éticos mínimos en su relación con los profesionales de la salud autorizados para prescribir productos farmacéuticos, en este documento merece resaltar su acápite 2.2 en el que señala: “No se pueden entregar u ofrecer contraprestaciones económicas o en especie (incluyendo becas, subvenciones, colaboraciones, contratos de consultoría o de formación o relacionados con el ejercicio profesional) a un profesional sanitario a cambio de que prescriba, recomiende, adquiera, dispense o administre productos o de que se comprometa a seguir haciéndolo. Nada podrá ser ofrecido o proporcionado de forma o bajo unas condiciones que tengan una influencia inapropiada en las prácticas de prescripción de un profesional sanitario”. Sin embargo,

la industria se permite a sí misma el patrocinio de los profesionales a asistir a eventos de carácter científico, pagos por conferencias, y la entrega de regalos y artículos de utilidad médica siempre que sean de escaso valor y sean adecuados para la prestación de servicios médicos y para la atención a los pacientes (66). En base a estos códigos propuestos y en el marco de las legislaciones nacionales los laboratorios farmacéuticos están procurando ser más transparentes en su actuar. Se observa la manifestación de los conflictos de interés que hubiera entre los expositores, ponentes o panelistas y claros señalamientos sobre la naturaleza de los patrocinios individuales para la asistencia a eventos científicos donde incluso se señala la no obligación del médico a la prescripción de los productos del laboratorio patrocinante, persiguiendo que el auspicio otorgado sea exclusivamente para el evento científico y con condiciones de hospitalidad que correspondan a aquellas a las que el médico normalmente pudiera autofinanciarse.

Si bien estas normas pueden regir para los miembros de la industria farmacéutica, carecen de valor normativo general y no constituyen fuente alguna de Derecho y por no emanar de los poderes públicos, carecen de validez en tanto en cuanto contradigan las disposiciones generales o específicas aprobadas por el poder público competente (50).

CONSIDERACIONES FINALES

Siendo la relación médico-paciente, una relación basada en la mutua confianza, esta debe ser llevada a cabo en un entorno de absoluta transparencia y de mutuo respeto. Se debe tener en cuenta que en esta relación, el médico y el paciente no son los únicos actores, sino que existe y se desarrolla en un entorno en el cual otros elementos se hayan involucrados y que pueden de alguna manera afectar la relación.

Uno de los principales factores que afectan la relación médico-paciente es la relación existente entre el médico y la industria farmacéutica. Esta relación se desenvuelve en varios escenarios, en los cuales hemos analizado bajo una visión bioética los potenciales conflictos de orden ético y aquellos que contravienen el ordenamiento legal existente.

El conflicto ético y/o legal en la relación del médico con la industria farmacéutica se produce cuando se pasa por alto que el fin supremo del acto médico es la persona humana, doliente y enferma que solicita la atención médica. Si la aplicación práctica de los conocimientos y la tecnología actualmente disponibles por parte del médico es llevada a cabo anteponiendo intereses secundarios u obligaciones reales o sentidas producto de su relación con la industria farmacéutica, entonces se instrumentaliza al paciente y se lo convierte en un medio para lograr un fin subalterno que no se condice con la esencia de la profesión médica

PROPUESTA DE CONDUCTA ÉTICA EN LA RELACIÓN MÉDICO-INDUSTRIA

La relación entre el médico y la industria farmacéutica debe estar basada en el respeto mutuo, el cual pasa necesariamente por absoluta sinceridad y transparencia en el trato, información adecuada e independiente; estableciendo canales de relación directa en los cuales un manejo asertivo de la comunicación lleve al claro conocimiento de los avances médicos y terapéuticos con los cuales se puedan tomar decisiones terapéuticas en beneficio del paciente.

El apoyo de la industria farmacéutica a la capacitación médica continua debe ser canalizado a través de instituciones: sociedades médicas y/o entidades prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, ya que el auspicio individual puede influenciar en el juicio del prescriptor estableciendo tendencias o predilecciones que no tienen necesariamente correlación con la enfermedad del paciente.

Las sociedades médicas y las entidades prestadoras de salud públicas o privadas deben canalizar el apoyo de la industria farmacéutica entre sus afiliados o trabajadores de la manera más democrática, igualitaria e inclusiva posible, procurando el beneficio de la totalidad de sus miembros a fin de lograr que el conocimiento actualizado esté disponible y al alcance de todos.

Se plantea que el apoyo de la industria, canalizado a través de las sociedades científicas, esté orientado hacia la cobertura de los gastos organizativos y logísticos propios de los eventos como ambientes de conferencias, materiales de instrucción, equipamiento y materiales para cursos taller, etc.

La industria farmacéutica no debe participar en la selección de temas a tratar, no debe sugerir, proponer o imponer al conferencista o instructor del evento so pretexto del apoyo económico o logístico brindado.

La industria podría participar en la hospitalidad de los participantes y sus gastos de transportación siempre y cuando estos sean manejados razonable y decorosamente, evitando los lujos innecesarios y teniendo en consideración que nunca debe solventar actividades extraacadémicas, lúdicas o recreacionales, ni tampoco cubrir gastos de familiares o allegados.

El médico debe tener en cuenta que es necesario invertir en su propia capacitación y actualización y que como cualquier otro profesional debe solventar sus propios gastos en la educación continua, ello evitará los conflictos de interés.

Los médicos y sus sociedades deben rechazar tajantemente cualquier intento directo o subrepticio de la industria farmacéutica o de sus representantes de condicionar o influir en su juicio clínico y/o habito prescriptivo a cambio de beneficios o prebendas.

Los médicos no deben solicitar ni aceptar de la industria farmacéutica o sus representantes financiamiento directo para su participación en actividades de capacitación, equipamiento, implementación de sus oficinas o consultorios.

Los médicos no deben solicitar, aceptar o recibir compensación económica (comisiones) por prescripción de fármacos, por referir pacientes para exámenes diagnósticos auxiliares o por la venta de equipos y/o insumos complementarios para el tratamiento indicado a sus pacientes.

RECOMENDACIONES

Complementar el estudio de las relaciones médico-industria farmacéutica a través de investigaciones sobre niveles de conocimiento de los conflictos éticos y legales entre los médicos, pacientes y representantes de la industria farmacéutica.

Realizar estudios respecto de los conflictos éticos y legales presentes en la relación de los médicos con otros actores del proceso de atención: servicios de exámenes auxiliares, entidades prestadoras de salud y personal asistencial no médico.

Promover desde las escuelas de medicina el conocimiento de normas éticas, deontológicas y jurídicas que regulan la relación del médico con la industria farmacéutica.

Difundir las normas que regulan la relación del médico con la industria farmacéutica y verificar a través de los organismos competentes su cabal cumplimiento, así como el acatamiento de la penalidad que su inobservancia implica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Martín S: Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. *Med. Clin.* 2001; 116: 299-306.
- 2.-Sandall Jane: No such thing as a free lunch. *Midwifery* 2008; 24:123-125. Consultado 1 de mayo 2012. Disponible en [www.midwiferyjournal.com/article/so266-6138\(08\)00025-9/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/so266-6138(08)00025-9/fulltext)
- 3.-Fagundes MJ, Soares MG, Diniz NM, Pires JR, Garrafa V.: Bioethical analysis of drugs advertisement and publicity. *Cien Saude Colet.* 2007;12(1):221-9.
- 4.-Sen. McCaskill. Questions financial relationship between doctors, pharmaceutical industry *US Fed News Service, Including US State News* [Washington, D.C] 2007. 27 June Op ed.
- 5.-Relman, Arnold S. Your Doctor's Drug Problem: *New York Times* [New York, N.Y] 18 Nov 2003: 25. Disponible en www.nytimes.com/2003/11/18/opinion/your-doctor-drugs-problem.html
- 6.-Bosch-Barrera J. Dilemas éticos en la práctica médica en 2010: reflexiones en torno a los resultados de una encuesta aplicada a 10000 facultativos. *Cuad. Bioét.* 2011; XXII (1):113-118.
- 7.-Laurence D. The academic clinical pharmacologist and the Royal College of Physicians. Report on the relationship between physicians and the pharmaceutical industry. *Br. J. clin. Pharmac.* 1987; 23: 253-255.
- 8.-Klaus Lieb, S. A Survey of German Physicians in Private Practice

About Contacts With Pharmaceutical Sales Representatives. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(22): 392–8. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc2890067/

9.- Grup d'Ética. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitari.: La ética en la relación con la industria farmacéutica. Aten Primaria 2004; 34(1):6-14.

10.-Gómez Córdoba A, Latorre Santos C, Nel Carreño J: Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. Persona y Bioética, 2007; 11: 1 (28): 23-38.

11.- Moya-Bernal A.: Ética de la Prescripción. Inf Ter Sist Nac Salud. 2011; 35:57-63.

12.- La Rosa-Rodríguez E.- Los conflictos de intereses. Acta Bioethica 2011; 17(1):47-54.

13.- Gutiérrez A., Mora E.: Los médicos y la industria farmacéutica. Una relación de vulnerabilidad vista desde la Bioética. Acta Neurol Colomb. 2004; 20: 62-71.

14.-Ludwick, R., Silva, M.C.: "Ethics: Nursing Around the World: Cultural Values and Ethical Conflicts" *Online Journal of Issues in Nursing* 2000; 5(3). Consultado 12 de enero 2012. Disponible en: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/Ethics/CulturalValuesandEthicalConflicts.aspx.

15.-Lama T A. Los médicos y la hospitalidad de la industria. Rev Méd Chile 2004; 132: 265-268.

16.-Korenstein D, Keyhani S, Ross J. Physician attitudes toward

industry: a view across the specialties. Arch Surg. 2010; 145(6): 570–577.

17.-Ramírez Ramírez M: La Prescripción de medicamentos y su repercusión social Revista Cubana de Salud Pública Rev Cubana Salud Pública 2006;32:4 *versión On-line* ISSN 0864-3466. Consultado 18 Febrero 2012. Disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32-4-06/spu16406.htm>.

18.-Romano, M. Prescription for conflict Modern Healthcare 2001; 31(25): 14.

19.-T Montague, B; Fortin VI, A; Rosenbaum, J: A systematic review of curricula on relationships between residents and the pharmaceutical industry Medical Education 2008;42(3): 301-308.

20.-Sierles F, Brodkey A, Cleary L, et al: Relationships between drug company representatives and medical students: medical school policies and attitudes of student affairs deans and third-year medical students. Acad Psychiatry. 2009; 33(6): 478-83.

21.-Grande D, Shea JA, Armstrong K. Pharmaceutical Industry Gifts to Physicians: Patient Beliefs and Trust in Physicians and the Health Care System. J Gen Intern Med. 2011 Jun 14 [Epub ahead of print].

22.-Armas R, Heerlein A. Conflictos de Intereses y Trabajo Clínico Rev Chil Pediatr 2005; 76 (3): 237-239.

23.-Peiró S et al. Médicos e industria farmacéutica. Para estar así, mejor casados. Rev Calidad Asistencial 2009; 24(2):47-50.

24.-Lemmens T, Singer P: Bioethics for clinicians: 17.Conflict of interest in research, education and patient care. CMAJ 1998; 159:960-

25.-Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, et al.: A national survey of physician-industry relationships. N Engl J Med. 2007; 356 (17): 1742-50.

26.-Henry D: Doctors and Drug Companies: Still Cozy after All These Years. PLoS Med 2010; 7(11): e1000359. doi:10.1371/journal.pmed.1000359. Consultado 18 de Febrero 2012. Disponible en www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000359

27.-Katz D, Caplan A, L.Merz, J: All Gifts Large and Small: Toward an Understanding of the Ethics of Pharmaceutical Industry Gift Giving. The American Journal of Bioethics 2003; 3 (3):39-46.

28.-Brody H. profesional medical organization and comercial conflicts of interest : Ethical issues. Ann Fam Med 2010; 8:354-358.

29.- Susan Chimonas and David J. Rothman New Federal Guidelines For Physician Pharmaceutical Industry Relations, The Politics Of Policy Formation. Health Affairs 2005; 4 : 949-960.

30.- MINSA: Manual de Buenas prácticas de prescripción. Lima 2005. Consultado 15 de Abril 2012. Disponible en [http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/Manual de Buenas Prácticas de Prescripción Imprenta1.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/Manual_de_Buenas_Prácticas_de_Prescripción_Imprenta1.pdf).

31.-Ley de los productos farmaceuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Ley 29459. Consultado 15 de abril 2012 disponible en <http://www.digemid.minsa.gob.pe/normatividad/Ley29459.pdf>.

32.- Ley del Código de Ética de la Función Pública. Ley N° 27815
Consultado 15 de abril 2012. Disponible
<http://www.digemid.minsa.gob.pe/normatividad/LEY2781502.HTM>

33.-Real Decreto 1416/94, de 25/6/94, por el que se regula la
publicidad de los medicamentos de uso humano. BOE 29/7/94.

34.-Ávila-Baray H: Los métodos de investigación social. Consultado 24
de abril 2012. Disponible en
<http://www.eumed.net/libros/2006c/203/2c.htm>.

35.-Casas Martínez M. Introducción a la metodología de la
investigación en bioética. Sugerencias para el desarrollo de un
protocolo de investigación cualitativa interdisciplinaria. Acta
Bioethica 2008; 14(1):97-105

36.- Rodríguez D., Valdeoriola J.: Metodología de la investigación.
Consultado 5 de enero 2013. Disponible en
[http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat_cast-nodef / PID
00148556-1.pdf](http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat_cast-nodef/PID00148556-1.pdf).

37.-Universidad del Valle de México. Laureate international
universities. Maestría en educación basada en competencias
asignatura: “Actualización Disciplinaria II” Facilitador: Mtro. José
Francisco Miranda Esquer Producto Cuatro: “Fichas de Contenido”.
Consultado 14 de abril 2012. Disponible en
[http://www.slideshare.net/wenceslao/fichas-de contenido](http://www.slideshare.net/wenceslao/fichas-de-contenido).

38.- Dalhousie University Libraries. (2009). *APA Style (6 th) Quick
Guide*. Consultado 1 de marzo 2012. Disponible en
http://www.library.dal.ca/Files/How_do_I/pdf/apa_style6.pdf

39.- Sgreccia Elio . Manual de Bioética I Fundamentos y ética Biomédica.Madrid. Biblioteca de Autores Cristianos 2009. p 70-72.

40.- Grup d'Ética. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitari.: Relaciones de los médicos de Familia con la industria farmacéutica. Consultado 20 de junio 2013. Disponible en http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/cast_industria.pdf

41.- Entrevista con el médico: Visitador Médico. Revista digital, disponible en <http://visitadormedico.com/es/content/entrevista-con-el-m%C3%A9dico>

42.- Orduña Pereira Francisco: Manual del visitador médico. Consultado 4 de diciembre 2012. Disponible en: http://books.google.com.pe/books?id=UsD8AQ2ottcC&pg=PR17&lp_g=PR17&dq=el+manual+del+visitador+medico&source=bl&ots=bGjn9gZNIF&sig=wcihw5moM4ubipk6LCSvIpRy4tw&hl=en&sa=X&ei=ykqgUMuYOoii8gTTiIGgCA#v=onepage&q=el%20manual%20del%20visitador%20medico&f=false.

43.- Váquiro C. José : Apalancamiento operativo. Disponible en <http://www.pymesfuturo.com/Gao.htm>

44.- Arkinson J, Holbrook A., Wiercioch W.: Public Perceptions of Physician – Pharmaceutical Industry Interactions: A systematic review. Health care Policy. 2010;5(4):69-89. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc2875894

45.-Asociación Médica Mundial: Juramento de fidelidad profesional. Consultado 12 de diciembre 2012. Disponible en

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/21/pr/pr25.pdf>.

46.-Decreto supremo N°011-2011 JUS. Lineamientos para garantizar el ejercicio de la bioética desde el reconocimiento de los derechos humanos. Consultado 18 de agosto 2013. Disponible en [http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll/temas/coleccion00000.htm/tomo01368.htm/libro01440.htm/sumilla01467.htm?f=templates\\$fn=document-frame.htm\\$3.0#JD_DS011-2011-JUS](http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll/temas/coleccion00000.htm/tomo01368.htm/libro01440.htm/sumilla01467.htm?f=templates$fn=document-frame.htm$3.0#JD_DS011-2011-JUS)

47.-Asociación médica mundial. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre conflictos de interés. Consultado el 28 de junio de 2012.

Disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/i3/>

48.-Ley 29/2006, de 26 de Julio, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Consultado 10 de Enero 2013.

Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2006/07/27/pdfs/A28122-28165.pdf>.

49.- Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. Consultado 10 enero 2013. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/27/pdfs/BOE-A-2010-5030.pdf>.

50.- Palacios Valentín José de la Iglesia: Límites legales en la relación entre el profesional sanitario privado y público y la industria farmacéutica. Disponible en <http://www.migueljara.com/2012/08/09/un-fiscal-preocupado-por-los-sobornos-de-la-industria-a-los-medicos-i/>

51.-Real decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Disponible en http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403

52.-Ley N° 23733 Ley Universitaria. Disponible en http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/10402/PLAN_10402_Ley%20Universitaria_2010.pdf

53.-Real decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/115.pdf>

54.-Ley N° 26842. Ley general de Salud. Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/research/peru-ley%2026842%20Ley%20General%20de%20Salud.pdf>

55.- Directiva 2001/83/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano. Consultado 5 de marzo 2013. Disponible en www.ub.edu/legmh/disposici/direc83.htm

56.- Ley 17.132 de Régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas. Disponible en <http://www.consejomedicosc.org.ar/pdf/Ley17132.pdf>

57.-Decreto 258/992 de Normas sobre conducta médica y derechos del paciente de la república oriental del Uruguay. Consultado 13 de Julio 2013. Disponible en <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/ncmdydp.htm> .

58.- Ley 23 de 1981 de la republica de Colombia. Código de ética médica. Diario Oficial No. 35.711, del 27 de febrero de 1981. Disponible

http://juriscol.banrep.gov.co/contenidos.dll/Normas/Leyes/1981/ley_23_1981.

59.- Red Panamericana para la armonización de la reglamentación Farmaceutica (RED PARF): Criterios éticos para la promoción, propaganda y publicidad de medicamentos. Consultado 13 de enero 2013. Disponible en

<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Criterios-Eticos-Promocion-Propaganda-y-Publicidad-05-2011.pdf>.

60.- Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. Disponible en

https://www.uco.es/organizacion/secretariageneral/images/doc/docs/legislacion/Estatuto_basico_Empleado_Publico.pdf

61.- Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-151>

62.-Federación Médica Venezolana: Codigo de Deontología Médica. Disponible en <http://www.defiendete.org/html/de-interes/LEYES%20DE%20VENEZUELA/LEYES%20DE%20VENEZUELA%20I/CODIGO%20DE%20DEONTOLOGIA%20MEDICA.htm>.

63.-Asociación Médica Mundial: Código internacional de ética médica

http://www.wma.net/es/30publications/10policies/c8/17a_es.pdf

64.-Blanco Guevara Pilar: Etica medica en relación con la Industria Farmaceutica. Sociedad venezolana de Urología. Disponible en

<http://www.comunicarweb.com/descargas/articulosmedico/ETICA MEDICAEINDUSTRIAFARMACEUTICA.pdf>.

65.- Asociación Colombiana de Psiquiatría Legal: Principios Éticos y Código Deontológico. Disponible en: [http://tribunales.colpsic.org.co/tribunales_ref_nor_archivos/Principios eticos aso Psiquiatria.pdf](http://tribunales.colpsic.org.co/tribunales_ref_nor_archivos/Principios_eticos_aso_Psiquiatria.pdf)

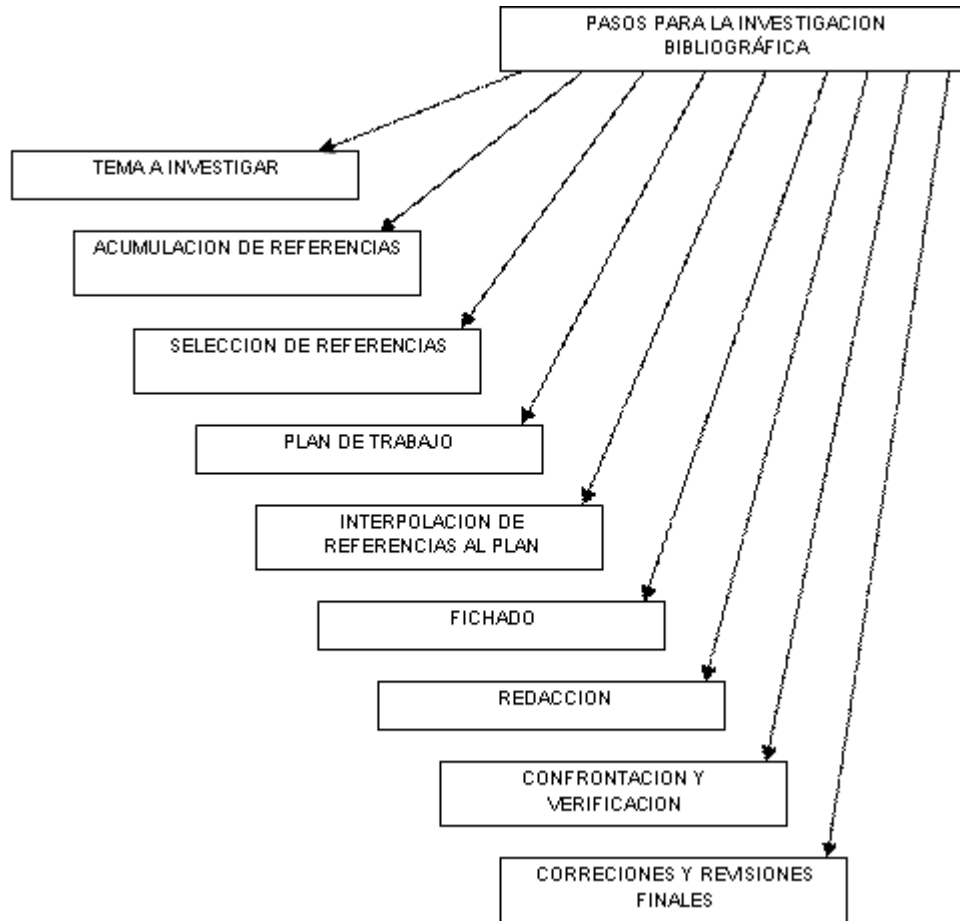
66.- Código de ética y Deontología. Colegio Médico del Perú
Disponible en: www.cmp.org.pe/normascmp/

67.-International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations: Código IFPMA de Buenas prácticas. Disponible en : [http://www.ifpma.org/fileadmin/content/Publication/2012/CodigoIFPMA de Buenas Practicas 2012 new logo.pdf](http://www.ifpma.org/fileadmin/content/Publication/2012/CodigoIFPMA_de_Buenas_Practicas_2012_new_logo.pdf).

68.- Código Español de Buenas Prácticas de Promoción de Medicamentos y de Interrelación de la Industria Farmacéutica con los Profesionales Sanitarios. Disponible en: http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/publicaciones/farma_089062.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2

FICHA BIBLIOGRAFICA APA

PARTES DE UNA FICHA

← EPIGRAFE

Tomar apuntes: Definición

TEXTO → “Es seleccionar las informaciones, reelaborarlas,
reorganizarlas y sobre todo, llevar al lector a
desarrollar un papel activo y a aumentar su atención”

Referencia Serafini M.F. (2000). Como se estudia. La Ficha
Bibliográfica: → organización del trabajo intelectual . Buenos Aires.
PAidos.